

тах и в разные сроки после оперативного лечения может свидетельствовать о физиологической способности эндотелия ослаблять констрикцию и о рефлекторном изменении нисходящего вегетативного контроля. Это заключение не противоречит данным литературы о взаимодействии констрикторных и дилаторных реакций [2,4].

Использование функциональных нагрузок в диагностике вазомоторных нарушений показало разнонаправленные изменения эндотелийзависимой вазодилатации магистральных сосудов в дистальных отделах сосудистого русла в динамике послеоперационного периода. Указанный факт можно рассматривать как дозированную адаптацию эндотелия крупных артерий к нарушенным условиям в поврежденных тканях.

Литература

1. Кулагин В.К.. Патогенетическая физиология травмы и шока// Москва, Медицина. – 1978. – 296 с.
2. Марцинкевич Г.И., Ким В.Н., Ковалев И.А. и др. Эндотелийзависимые вазомоторные реакции и их неинвазивная оценка с использованием функциональных проб у лиц с фактором риска развития атеросклероза// Кардиология.– 2000. – № 12.– С.56-58.
3. Малышев И.Ю., Манухина Е.Б.. Стресс, адаптация и оксид азота// Биохимия.– 1998, т. 63, вып. 7 – С.992-1006.
4. Мелькумянц А.М., Балашов С.А., Картамышев С.П. Роль механочувствительности эндотелия в ослаблении констрикторных реакций сосудистого русла// Российский физиологический журнал им И.М. Сеченова. – 2004. – № 6 – С.693-704.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ АМЛОДИПИНА (НОРМОДИПИНА) В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ГЕСТОЗА

Киселева Н.И., Занько С.Н., Солодков А.П.

*УО «Витебский государственный медицинский университет»,
Беларусь*

В настоящее время гестоз является одной из самых актуальных проблем современного акушерства ввиду широкой распространенности, сложности этиопатогенеза, недостаточной эффективности лечебно-профилактических мероприятий, больших экономических затрат на проведение интенсивной терапии и реанимации беременных и родильниц с данным осложнением беременности. Частота гестоза не имеет тенденции к снижению и составляет от 7,0 до 20,0%, при этом отмечается рост тяжелых и атипичных форм, являющихся причиной перинатальной и материнской заболеваемости и смертности [2].

На сегодняшний день большинство авторов единодушны в том, что в основе развития гестоза лежит нарушение функции эндотелия. В связи с этим поиск лекарственных средств, обладающих специфическим эндотелиопротекторным действием, применение которых может предотвратить или ослабить развитие каскада патофизиологических нарушений в организме беременных, инициируемых повреждением сосудистой стенки, является весьма актуальным и заслуживает самого пристального внимания [1,3].

Цель работы – оценить эффективность влияния амлодипина (Нормодипина) на показатели АД и эндотелийзависимой вазодилатации.

Материал и методы исследования

Проведены динамическое обследование и лечение 31 женщины с гестозом в сроке беременности 34-38 недель. 1-ую группу составили 15 беременных с гестозом, получавших общепринятую терапию (седативные, гипотензивные препараты, инфузионная терапия). Во 2-ую группу вошли 16 беременных с гестозом, принимавших при комплексном лечении гестоза в качестве гипотензивной терапии амлодипин (нормодипин) однократно в дозе 5 мг/сутки. Исследования проводили до назначения терапии и на 5-ые сутки в процессе лечения. Эффективность терапии оценивали не только на основании улучшения клинических и общепринятых лабораторных показателей, но и степени воздействия на состояние эндотелия в системном кровообращении беременной. Контрольную группу составили 18 женщин с физиологическим течением беременности.

Состояние эндотелийзависимой вазодилатации плечевой артерии исследовали с использованием пробы с реактивной гиперемией (временная окклюзия сосуда) методом доплерографии с применением линейного датчика 7,5 МГц ультразвукового аппарата [4]. По окончании исследования сравнивали исходные данные диаметра плечевой артерии и скорости артериального кровотока по ней с данными, полученными при временной окклюзии сосуда (реактивная гиперемия).

Изменения сосудистого диаметра и скорости кровотока после реактивной гиперемии оценивали в процентах к исходной величине. Дилатация плечевой артерии на фоне реактивной гиперемии более чем на 10% от исходного диаметра считается нормальной ее реакцией, указывающей на сохранность функции эндотелия. Незначительная степень вазодилатации плечевой артерии или парадоксальная ее вазоконстрикция в ответ на кратковременную окклюзию считаются патологическими и свидетельствуют о дисфункции эндотелия.

Статистическую обработку результатов осуществляли с использованием пакета прикладных программ «Statistika 6,0».

Результаты исследования и их обсуждение.

Следует отметить, что через 24-48 час от начала приема амлодипина у 13 из 16 беременных отмечалась нормализация артериального давления. К периоду родов, у всех обследуемых наблюдалось артериальное давление в пределах физиологической нормы. Систолическое артериальное давление к этому времени составило в среднем $118,4 \pm 4,5$ мм рт.ст., диастолическое артериальное давление – $76,2 \pm 1,6$ мм рт.ст.

Наряду с клинической эффективностью у женщин этой группы наблюдали и восстановление вазорегулирующей функции сосудистого эндотелия (таблица).

Таблица

Показатели эндотелийзависимой вазодилатации у беременных с гестозом до и после лечения амлодипином

		Беременные с гестозом (n=16)		Здоровые беременные (n=18)
		До лечения	После лечения	
Диаметр артерии (мм), РГ	Исходно	$3,58 \pm 0,16$	$3,75 \pm 0,06$	$3,63 \pm 0,06$
	Сразу после декомпрессии	$3,34 \pm 0,19$	$3,94 \pm 0,07^*$	$4,03 \pm 0,06^*$
	%	$-6,71 \pm 1,44$	$5,07 \pm 1,32^*$	11,02
Скорость кровотока (мм/мин), РГ	Исходно	$0,65 \pm 0,05$	$0,66 \pm 0,04$	$0,60 \pm 0,07$
	Сразу после декомпрессии	$0,88 \pm 0,08$	$0,98 \pm 0,02^*$	$1,03 \pm 0,08^*$
	%	$35,38 \pm 14,14$	$48,49 \pm 6,62^*$	71,67

Примечание * - достоверно по отношению к исходному уровню

После пробы с РГ у женщин на фоне лечения амлодипином происходило возрастание диаметра плечевой артерии. Средняя величина прироста диаметра составила $5,07 \pm 1,32\%$ ($p < 0,05$), скорости кровотока – $48,49 \pm 6,62\%$ ($p < 0,05$). Вместе с тем необходимо отметить, что эти показатели были несколько меньше, чем в группе здоровых женщин.

Все беременные хорошо переносили амлодипин, случаев необходимости прерывания курса лечения в связи с побочными действиями препаратов нами не наблюдалось.

Таким образом, применение амлодипина – антагониста кальция, который оказывает ангиопротективный эффект, обусловленный сни-

жением тока ионов Са через L-каналы, торможением агрегации тромбоцитов, уменьшением адгезии моноцитов и пролиферации гладкомышечных клеток, инаktivацией эндотелина улучшает функциональное состояние эндотелия, способствует стабилизации состояния беременных. Проведенные исследования доказывают целесообразность использования амлодипина в комплексном лечении гестоза.

Литература.

1. Давидович И.М., Блощинская И.А., Петричко Т.А. Артериальная гипертония и беременность: механизмы формирования, эффективность амлодипина (нормодипина). - Русский мед журнал. - 2003. - Том 11, № 4. - С. 1 - 7.
2. Диагностика, профилактика и лечение гестозов: Метод. реком. МЗ РБ / О.Н.Харкевич; И.И.Канус; А.Н.Буянова; Ю.К.Малевиц - Минск, 2001. - С.32.
3. Зануилина М.С., Петрищев Н.Н. Эндотелиальная дисфункция и ее маркеры при гестозе // Журнал акуш. и женских болезней - 1997, выпуск 1. - С. 59 - 62.
4. Занько С.Н., Киселева Н.И., Солодков А.П., Кухновец Е.А. Исследование вазомоторных реакций с помощью ультразвука высокого разрешения (для выявления нарушений эндотелийзависимых механизмов регуляции тонуса сосудов). Инструкция на метод утверждена МЗ Республики Беларусь «21» июня 2005г., регистрационный № 7-0105

КОНЦЕНТРАЦИЯ СТАБИЛЬНЫХ ПРОДУКТОВ ДЕГРАДАЦИИ МОНООКСИДА АЗОТА И КОЛИЧЕСТВО ЦИРКУЛИРУЮЩИХ ЭНДОТЕЛИОЦИТОВ КАК ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ КРИТЕРИЙ ОЦЕНКИ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ГЕСТОЗА

Киселева Н.И., Занько С.Н., Солодков А.П., Хотетовская Ж.В.

***УО «Витебский государственный медицинский университет»,
Беларусь***

Несмотря на многочисленные исследования, проводимые в нашей стране и за рубежом, этиология и патогенез гестоза остаются окончательно не установленными. Вместе с тем многие авторы выделяют главную составляющую патогенеза гестоза: острую патологию эндотелия – эндотелиальную дисфункцию, которая сопровождается активацией тромбоцитарно-сосудистого звена гемостаза, повреждением и нарушением функции эритроцитов, расстройствами микроциркуляции, вазоконстрикцией, нарушением регионального, в том числе и маточно-плацентарного кровотока. В конечном итоге у беременных с